

УДК 616-003.92:616.329

Ю.В. Чикинев, М.С. Любарский, А.В. Коробейников, Е.Н. Дробязгин

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕПРЯМОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РУБЦОВЫМИ СУЖЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА

НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН (Новосибирск)

Было изучено влияние непрямой лимфотропной терапии в комплексе лечения больных с рубцовыми сужениями пищевода на состояние питания пациентов и оценено противовоспалительное действие лимфотропных инъекций. Применение непрямой лимфотропной терапии в раннем послеоперационном периоде приводит к увеличению количества лейкоцитов, что является следствием активации лимфодренажа средостения.

Ключевые слова: рубцовые сужения пищевода, лимфотропная терапия

RESULTS OF APPLICATION OF INDIRECT LYMPHOTROPIC THERAPY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH CICATRICAL STRICTURES OF ESOPHAGUS

Yu.V. Chikineyev, M.S. Lubarskiy, A.V. Korobeynikov, E.N. Drobyazgin

Scientific-Research Institute of Clinical and Experimental Lymphology SB RAMS, Novosibirsk

We studied the influence of indirect lymphotropic therapy on the state of nutrition of patients complexly treated for cicatrival strictures of esophagus and evaluated anti-inflammatory impact of lymphotropic injections. As is has been revealed the application of indirect lymphotropic therapy in early postoperative period leads to increasing of lymphocytes number, which is the consequence of activated lymphodrainage of mediastinum.

Key words: cicatrival strictures of esophagus, lymphotropic therapy

Сложность лечения больных рубцовыми сужениями пищевода объясняется сочетанием следующих патологических синдромов: нарушением энтерального питания и интоксикацией. Кроме сужения пищевода недостаточное поступление питательных веществ поддерживает отек престенотического участка пищевода, сопровождающий сеансы бужирования и длительный клиренс про-

движения пищевых масс вследствие утери пищеводом пропульсивной способности. В отдаленном послеожоговом периоде присоединяются нарушения питания, которые обусловлены прогрессирующим стенозированием просвета пищевода, послеожоговым поражением слизистой оболочки желудка. Это приводит к замедлению продвижения пищевых масс, нарушению всасывания, на-

коплению нерасщепленных продуктов обмена, что вызывает декомпенсацию, прогрессирование эндотоксикоза.

Большое значение мы придаем методам лечения, позволяющим активизировать лимфатический дренаж параэзофагеального пространства.

Цель исследования — изучить влияние не прямой лимфотропной терапии в комплексе лечения больных с рубцовыми сужениями пищевода на состояние питания пациентов, оценить противовоспалительное действие лимфотропных инъекций.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучить изменения уровня общего белка сыворотки крови в зависимости от применения не прямой лимфотропной терапии;

2. Изучить морфологические изменения в слизистой оболочке престенотического отдела пищевода под влиянием лечения.

Нами был использован способ лимфостимуляции в группе больных, получающих консервативное лечение. Он не имеет аналогов, отличается простотой выполнения, доступностью, эффективностью и дешевизной.

Способ заключается во введении в толщу межостистой связки позвоночника на уровне $C_7 - Th_1$ и $Th_8 - Th_9$ комплексной лекарственной смеси, состоящей из 32 ЕД лидазы, 4 мг дексаметазона, 40 мг лидокаина, разведенных до 6 мл 40% глюкозой. Кратность выполнения манипуляций — 5 раз с интервалом 48 часов.

Технический результат заключается в улучшении лимфотока, кровотока, микроциркуляции, трофики, пролонгированном обезболивании за счет действия местного анестетика, что клинически проявляется в уменьшении болевого синдрома после процедур бужирования пищевода, снижении уровня эндотоксикоза, появляющегося как следствие острого или подострого эзофагита и уменьшении сроков консервативного лечения больных с данной патологией за счет более интенсивного проведения бужирования пищевода (возможность проведения за одну процедуру 3 — 4 номеров бужей). Противопоказанием для выполнения инъекций являются непереносимость какого-либо препарата, входящего в состав лекарствен-

ной смеси, местные гнойные процессы в области выполнения инъекций.

Для исключения посторонних воздействий были взяты пациенты, которым не проводилась инфузионная терапия, переливание белковых препаратов, кровезаменителей. Всем больным проводилось бужирование пищевода по струне. Показатели фиксировали в начале лечения и по окончании сеансов бужирования, перед выпиской из стационара.

Контрольная группа составила 16 пациентов. Показатели общего белка составили до и после лечения соответственно 76 и 74 г/л. Отмечено уменьшение показателя в динамике на 2 единицы.

Опытная группа, где применена не прямая лимфотропная терапия, составила 12 пациентов. Значения показателя соответственно до лечения 70 г/л, после лечения — 74 г/л. Прирост показателя составил 4 единицы.

Объяснение этому факту кажется очевидным — эффективное бужирование и, как следствие, улучшение энтерального питания. Однако больший успех в опытной группе может быть объяснен следующим образом.

При бужировании пищевода побочным и неизбежным эффектом является отек слизистой оболочки, возникновение эзофагита, что в некоторой степени нивелирует достигнутый результат — просвет пищевода для прохождения пищи на самом деле меньше за счет отека, чем предполагает номер бужа. Применение не прямой лимфостимулирующей терапии в контрольной группе позволяет более эффективно бороться с отеком слизистой, эзофагитом, что находит свое отражение в динамике одного из основных показателей адекватности энтерального питания (рис. 1).

При исследовании биоптатов пациентов, получавших не прямую лимфотропную терапию в комплексе лечения больных с послежоговым рубцовым стенозом пищевода, не обнаруживали раневого отделяемого в просвете пищевода. Соединительно-тканый рубец имел плотную структуру и был ограничен плотными тяжами коллагеновых волокон. Не отмечали отека интерстиция. В структуре соединительно-тканного рубца возрастало содержание кровеносных и лимфатических микрососудов.

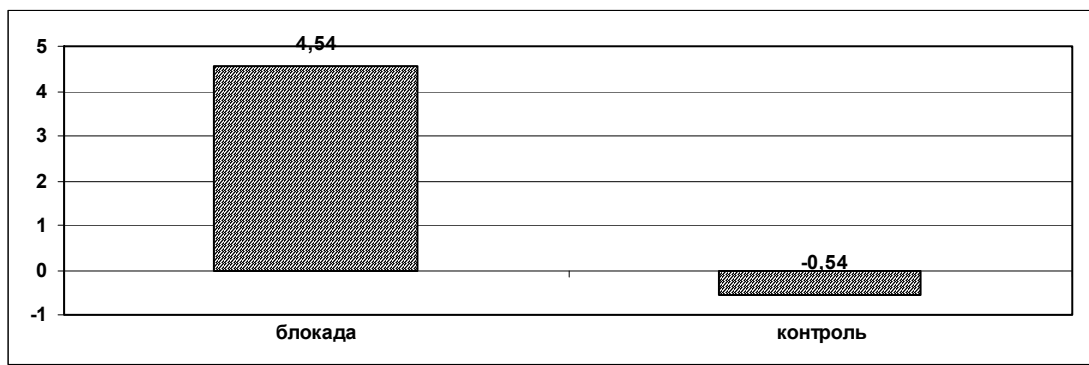


Рис. 1. Среднее изменение показателя «Общий белок».

Интерстиций имел электронно-плотный вид. В цитоплазме эндотелиоцитов кровеносных капилляров, расположенных ближе к просвету пищевода, выявляли цистерны гранулярного эндоплазматического ретикулума с прикрепленными рибосомами, митохондрии с выраженными кристами, повышенным было содержание микропиноцитозных везикул.

В более глубоких участках слизистой оболочки пищевода отмечали гетерогенность структуры эндотелиоцитов кровеносных капилляров. Обнаруживали клетки с темной и светлой цитоплазмой. В темных клетках наблюдали более высокую концентрацию всех цитоплазматических органоидов и микропиноцитозных везикул. В светлых клетках меньшим было количество прикрепленных и свободных полисомальных рибосом. Возрастала плотность интерстициальных пространств собственной пластинки слизистой оболочки пищевода.

При использовании непрямой лимфотропной терапии в биопсийном материале обнаруживали лимфатические капилляры. Часть лимфатических капилляров имела узкие просветы, в других просветы капилляров были расширены. Отмечали повышенную электронную плотность цитоплазмы эндотелиоцитов лимфатических капилляров. В клетках наблюдали большое содержание микропиноцитозных везикул — базальных, люминальных и цитоплазматических. Среди клеточных контактов преобладающими были контакты типа наложения. В перикапиллярных пространствах наблюдали скопление коллагеновых волокон.

Следовательно, при использовании непрямой лимфотропной терапии в комплексном лечении больных рубцовым сужением пищевода не обнаруживали раневое отделяемое на поверхности соединительно-тканного рубца, который ограничивался с поверхности плотными тяжами коллагеновых волокон. Происходило возрастание плотности слизистой оболочки пищевода за счет снижения размеров интерстициальных пространств вследствие улучшения микроциркуляции, уменьшения отека тканей и повышения эффективности лимфатического дренажа органа.

Полученные результаты позволяют констатировать противоотечное действие лимфостимулирующих инъекций, которое, очевидно, объясняется активацией лимфодренирования средостения.

Уменьшение отека престенотического отдела пищевода способствует более эффективному бужированию, улучшению питания. Активация лимфодренирования средостения способствует уменьшению интоксикации.

Возможность улучшения лимфатического дренажа побудила нас к применению непрямой лимфотропной терапии в раннем послеоперационном периоде у больных, перенесших реконструктивные операции на пищеводе по поводу рубцовых сужений.

Контрольную группу составили 20 пациентов, которым проводилось традиционное лечение в послеоперационном периоде.

В основной группе лечение (8 пациентов) проводилось с использованием интермиттирующей лимфотропной терапии в начале послеоперационного периода на протяжении 3 суток. Интермиттирующая лимфотропная терапия заключалась в медленном болюсном введении лидазы 64 ед., разведенной в 1 мл 5% глюкозы, суспензии дексона 4 мг в одном шприце в установленный на операции катетер в клетчатку переднего средостения на глубину 3–4 см. Затем вводили 100 мл метрогила, цефазолин в стандартных дозировках. Процедуры проводили ежедневно на протяжении 3 суток.

При анализе состояния организма в раннем послеоперационном периоде важны показатели, отражающие его выраженность. Традиционным показателем является количество лейкоцитов. Несмотря на то, что средние значения этого показателя не выходили за пределы нормы, интересна его динамика в разных группах больных.

В контрольной группе отмечено увеличение количества лейкоцитов с 7,3 до 7,8 в течение первых трех суток послеоперационного периода. В группе больных, которым с первых суток проводилась эндолимфатическая терапия происходил значительный рост этого показателя (с 9,0 до 14,0) (рис. 2).

Столь значительный прирост количества лейкоцитов может объясняться следующим. После реконструктивно-восстановительных операций

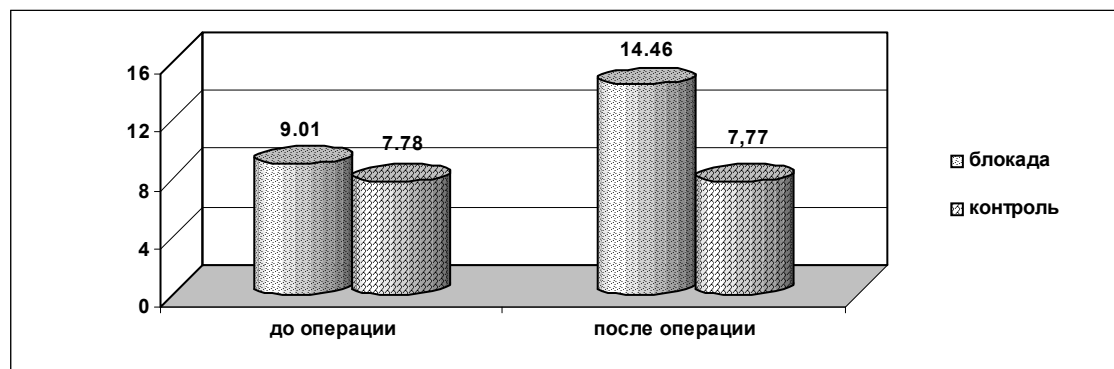


Рис. 2. Изменение среднего значения показателя «Лейкоциты».

при заболеваниях пищевода эндотоксикоз обусловлен появлением продуктов массивного разрушения тканей при экстирпации пищевода, проведении трансплантата. Однако вследствие отека, блокады лимфатических путей происходит «заболачивание» большого массива микрососудистого русла. Устранение этого эффекта применением лимфостимулирующей терапии приводит к улучшению лимфатического дренажа, массивному оттоку продуктов распада тканей в кровоток, что приводит к мощной воспалительной реакции. По сути дела, нарастание количества лейкоцитов означает эффективность работы лимфатического дренажа. Это подтверждается клинически — возрастает количество отделяемой дренажной жидкости из массива разрушенных тканей средостения по сравнению с контрольной группой.

ВЫВОДЫ

1. При использовании непрямой лимфотропной терапии в комплексе лечения больных после ожоговыми рубцовыми сужениями пищевода происходит улучшение питательного статуса больных, что выражается повышением уровня общего белка, сахара крови.

2. Морфологически отмечено уменьшение отека слизистой оболочки престенотического отдела пищевода, улучшение лимфатического оттока, что можно трактовать как противовоспалительный эффект, который способствует более быстрому достижению эффекта лечения.

3. Применение непрямой лимфотропной терапии в раннем послеоперационном периоде приводит к увеличению количества лейкоцитов, что является следствием активации лимфодренирования средостения.